

## MORTALIDAD EN ADULTOS CON LINFOMA ASOCIADO AL VIH

Salgueira C<sup>1,2,4</sup>, Rosales Ostriz B<sup>2</sup>, Titanti P<sup>3</sup>, Moya L<sup>3</sup>, Campestri R<sup>1,2</sup>, Abrate A<sup>1</sup>, Tatta M<sup>1</sup>, Altclas J<sup>1,2,4</sup>, Díaz G<sup>3</sup>, Vázquez M<sup>3</sup>, Morales A<sup>3</sup>

1-Sanatorio de la Trinidad Mitre, 2-Sanatorio Anchorena, 3-Hospital Provincial Neuquén, 4- Iptei

### INTRODUCCIÓN

La inicio del TARV en 1996 transformó al VIH/Sida de una enfermedad rápidamente fatal a una patología crónica. El linfoma es una de las principales causas de muerte por cáncer en personas que viven con VIH.

### OBJETIVO

Describir las características clínicas y la mortalidad en pacientes con linfoma asociado al VIH en tres centros de Argentina.

## MATERIALES Y MÉTODOS

**Diseño:** estudio multicéntrico, retrospectivo.

**Población:** adultos VIH reactivos a quienes se les diagnosticó linfoma entre diciembre de 1997 y septiembre de 2015. Se registraron datos demográficos y clínicos con un seguimiento de 2 años a partir del diagnóstico de linfoma.

Se utilizó **criterios de la OMS** para definir estadio clínico y enfermedades marcadoras de la infección por VIH, y para categorizar los diferentes subtipos de linfomas.

Para comparar proporciones se utilizó test de  $\chi^2$ . Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Tabla 1. Descripción de la muestra.

CARACTERÍSTICAS	PACIENTES VIH POSITIVOS CON DIAGNÓSTICO DE LINFOMA (N=62)
Sexo masculino - n(%)	57 (91,94)
Edad (años)	45.5 (25-64)
Síntomas B - n(%)	25 (40,32)
Complicaciones infecciosas post quimioterapia- n(%)	
Neutropenia febril	35 (56,4)
Otras	3 (4,83)
CD4 al diagnóstico de linfoma (cel./mm <sup>3</sup> )	170 (3-725)
Mediana ( rango)	
Carga viral al diagnóstico de linfoma	
Mediana ( rango)	
Carga viral (copias/ml)	6.160 (< 20 – 6.810.000)
Carga viral no detectable - n (%)	20 (32,25)
Carga viral $\geq 100.000$ copias/ml - n (%)	14 (22,58)
Diagnóstico de linfoma y VIH sincrónico- n(%)	23 (37,10)
Comorbilidad al diagnóstico de linfoma (Charlson)	6 (6-8)
Tipo de linfoma- n(%)	
Linfomas No Hodgkin (LNH)	54 (87)
Linfomas de Hodgkin (LH)	8 (13)

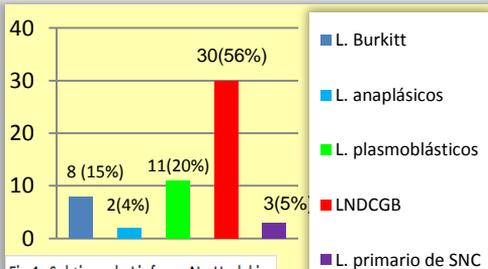


Fig.1- Subtipos de Linfoma No Hodgkin

Tabla 2. Comparación de grupos según mortalidad al año

	Fallecidos (n=15)	Sobrevivientes (n=47)	Valor de p
Sexo masculino - n(%)	14 (93,33)	43 (91,49)	0,651
Edad (años)	49 (34-64)	45 (25-61)	0,3655
Estadio C al diagnóstico de VIH - n(%)	6 (40)	30 (63,83)	0,137
CD4 al diagnóstico de linfoma (cel./mm <sup>3</sup> )	125 (3-573)	189 (5-725)	0,1284
Mediana ( rango)			
Carga viral al diagnóstico de linfoma (copias/ml)	25.380	1520	0,5198
Mediana ( rango)	<20-500.000	<20-6.810.000	
Comorbilidad al diagnóstico de linfoma (Charlson)	6 (6-8)	6 (6-8)	0,4014
Linfoma plasmoblástico o anaplásico o primario de SNC - n(%)	9 (60)	7 (14,89)	0,001

**Mortalidad en subtipos linfoma plasmoblástico o anaplásico o primario de SNC**  
**OR=8,57; IC95%=2,31-31,71; p=0,001.**

## CONCLUSIÓN

Similar a lo reportado en otras series, la frecuencia de linfoma fue mayor en hombres, el LNH fue la histología predominante y el subtipo LNDCGB el más frecuente. En más de un tercio de los casos, el linfoma se diagnosticó en forma sincrónica con el VIH. El amplio rango de valores de CD4 y de CV VIH al diagnóstico oncológico sugiere que no se asocian a la presentación del linfoma. La mortalidad fue del 24,19% al año y del 36,07% a los 2 años.

Presentar subtipo plasmoblástico, anaplásico o primario de SNC de LNH se asoció con mayor riesgo de muerte dentro del primer año.